



## Ruhen der Zulassung

### Rückantwort

Zahnärztlicher Bezirksverband  
Niederbayern  
Am Essigberg 14  
94315 Straubing

**Fax-Nr. 09421-56 86 88-88**

**Rückantwort** von ZÄ/ZA/Dr. \_\_\_\_\_  
Bitte Vor- und Nachnamen eintragen

### Bitte zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen

Während der Zeit des „**Ruhens**“ meiner Zulassung/meines Beschäftigungsverhältnisses

bin ich

ab \_\_\_\_\_ in eigener Praxis **privatzahnärztlich** tätig.

ab \_\_\_\_\_ als angestellte/r /Zahnarzt/Zahnärztin **privatzahnärztlich** tätig.

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

ruht meine gesamte zahnärztliche Tätigkeit

• Meine aktuelle Privatanschrift lautet: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Meine private Telefonnummer lautet: \_\_\_\_\_

Die Aufnahme einer zahnärztlichen Tätigkeit verpflichtet mich zur Meldung an den ZBV Niederbayern.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir machen darauf aufmerksam, dass die angegebenen Daten ausschließlich zweckgebundene Verwendung finden und bei Abgabe der Akte an die künftige Zahnärztekammer bzw. den Bezirksverband weitergegeben werden.